



Il patto di “rifioritura” nel sistema delle incapacità*



Elsa Bivona

Prof. ass. dell' Università di Catania

SOMMARIO: 1. Amministrazione di sostegno tra consensi e crisi: prospettive di riforma e “patto di rifioritura”. – 2. Nuovi scenari delle vulnerabilità.– 3. Obbligo di cura e autodeterminazione nel d.d.l. sulla “rifioritura”. – 4. I “progetti terapeutici individuali” (PTI) quali possibili strumenti di attuazione del patto di rifioritura?

1. Amministrazione di sostegno tra consensi e crisi: prospettive di riforma e “patto di rifioritura”

Turbolenza nell’area del codice civile dedicata alle misure di protezione degli incapaci.

Sbagliava chi guardava all’amministrazione di sostegno quale passaggio ultimo di un’opera di risistemazione della materia: all’apprezzamento della dottrina civilistica per l’abbandono di un modello ormai anacronistico di incapacità da sempre si accompagna l’insoddisfazione per quei «passi ulteriori che il legislatore non ha saputo o voluto compiere» e, ad essa, una serie inesausta di proposte di modifica al rinnovato assetto normativo¹.

* Il contributo riproduce la relazione al Convegno “*La tutela dei più fragili - Strumenti a confronto fra criticità del passato e prospettive del futuro*”, tenutosi presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università di Catania, il 18 dicembre 2023.

¹ PARADISO, *L’amministrazione di sostegno (leggendo il quaderno di Familia)*, in *Familia*, 2005, 438, ove una sintesi delle vivaci critiche che la dottrina ha sollevato già all’indomani dell’introduzione dell’istituto. In proposito, cfr. CARAPEZZA FIGLIA, *Guarda de hecho e sostegno di fatto. Per un adeguamento interpretativo delle misure di protezione delle persone vulnerabili*, in *Liber amicorum per Paolo*

Vano provare a richiamarle tutte, mi limiterò a rammentare le più significative.

Vi è, anzitutto, quell'ambiguità irrisolta nei rapporti tra amministrazione di sostegno ed interdizione/inabilitazione che già da subito ha alimentato proposte di abrogazione mai accolte dal legislatore², trincerato dietro un silenzio in cui la dottrina intravede però una consapevole presa di posizione³: abrogazione solo "di fatto", allora, che discende da un'ormai costante disapplicazione di misure di protezione alle quali da più parti si rimprovera il taglio schiettamente espropriativo, l'enfasi patrimonialista e la sostanziale irrevocabilità⁴.

Vi è, poi, la proposta di sostituire (o, quanto meno, affiancare) l'amministrazione di sostegno con istituti mutuati da esperienze straniere, destinati ad aprire la strada ad una gestione "negoziale" delle incapacità. Il dato comparativo ha suggerito ad una parte della dottrina la possibilità di impiegare lo strumento di matrice francese del *mandat de protection future*⁵ o quello tedesco della *Vorsorgevollmacht*, la procura cd. preventiva o precauzionale regolata dal § 1901 c BGB: strumenti tramite i quali il *dominus* conferisce ad una persona di fiducia l'incarico di curare i propri interessi personali e patrimoniali in vista di una futura incapacità, secondo un meccanismo che assai da vicino ricalca quello delle dat⁶.

Zatti, II, Napoli, 2023, 1048, il quale riscontra «in una civilistica inquieta ed operosa, una fioritura di proposte che disvelano l'insoddisfazione dei giuristi per l'attuale quadro normativo»; ROMA, *Amministrazione di sostegno: criticità normative sostanziali e processuali*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2021, 694.

² CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2021, 172. Ma v. già il p.d.l. "Rafforzamento dell'amministrazione di sostegno e abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione" (Bozza CENDON 2007), in *Dir. fam. pers.*, 2007, 1005; S. PATTI, *Amministrazione di sostegno e interdizione: interviene la Corte di Cassazione*, in *Fam. pers. e succ.*, 2006, 812; RUSCELLO, *Amministrazione di sostegno e tutela dei disabili. Impressioni estemporanee su una recente legge*, in *Studium iuris*, 2004, 155.

³ PARADISO, *L'amministrazione di sostegno (leggendo il quaderno di Familia)*, cit., 440.

⁴ In tal senso, il d.d.l. n. 1480/2019, su "Modifiche al codice civile e al codice di procedura civile in materia di interdizione e inabilitazione e rafforzamento dell'istituto dell'amministrazione di sostegno" ed il progetto abrogativo di interdizione ed inabilitazione redatto da Cendon, da alcuni soci dell'Associazione dei civilisti italiani e da altri esperti ove tale abrogazione è considerata non più rinviabile in un ordinamento «che intenda dirsi realmente ispirato e proteso al rispetto dei diritti fondamentali della persona, quali, in primo luogo, la dignità personale e il diritto al sostegno» poiché, si osserva, la persona interdetta viene in definitiva collocata «in uno *status* giuridico equivalente alla morte civile» tradendo la valenza punitiva ed escludente di tali misure di protezione: il progetto è consultabile su <https://www.civilistiitaliani.eu/iniziative/notizie/715-proposta-di-abrogazione-dell-interdizione-del-prof-paolo-cendon-ed-altri>. Limiti ed aspetti critici dell'introdotta disciplina in CIAN, *L'amministrazione di sostegno nel quadro delle esperienze giuridiche europee*, in *Riv. dir. civ.*, 2004, 481 s.; DELLE MONACHE, *Prime note sulla figura dell'amministratore di sostegno: profili di diritto sostanziale*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2004, 29 ss.

⁵ Si tratta di un istituto introdotto in Francia con la Loi n° 2007-308, 5 mars 2007, entrata in vigore il 1° gennaio 2009.

⁶ In argomento, GIROLAMI, *Dalla crisi dell'amministrazione di sostegno al mandato di protezione:*

Il proposito è apprezzabile. È invero esigenza fortemente sentita quella di sollevare gli uffici giudiziari dalla mole di domande relative alla nomina di amministratori di sostegno, difficili da reperire e talora inadeguati ai compiti da assolvere, sì da indurre spesso alla nomina del sindaco di residenza, non di rado poco interessato alle questioni dell’incapace. Si noti, d’altra parte, come l’eccessivo aggravio degli organi giudiziari porti con sé il rischio di una sostanziale standardizzazione dei provvedimenti giudiziari, decreti adattabili a modelli astratti di fragilità che certo contrastano con la vocazione “sartoriale” di un istituto pensato per assicurare quell’imprescindibile «adeguamento dell’effetto giuridico alla specificità del fatto concreto»⁷.

Si tratta tuttavia di meccanismi d’incerta tenuta nel nostro ordinamento per la sicura inopportunità di sottrarre il funzionamento delle misure di protezione al controllo del giudice tutelare, cui la dottrina guarda come ad «uno dei grandi protagonisti della riforma dell’incapacità»⁸, chiamato a recepire i bisogni del disabile, seguirne le vicissitudini, interpretarne le esigenze.

Vero è che la mancata intermediazione del giudice è capace di scongiurare lungaggini burocratiche, altresì escludendo filtri di sorta nella designazione dell’amministratore (cfr. art. 408 c.c.): secondo gli ordinari meccanismi del “mandato di protezione”, mandante e mandatario si conoscono da tempo, sì da «capirsi al volo» in un dialogo che «promette di essere fervido e positivo»⁹. D’altra parte, è pure vero che l’assenza del giudice non soltanto è d’ostacolo a quegli “aggiustamenti” che esigenze sopravvenute rendono nel tempo necessari, ma altresì sottende il rischio di sotto protezione dell’incapace, ove non addirittura di abusi da parte del mandatario il cui agire è in definitiva scevro da ogni controllo. Alta, invero, sembra agli studiosi «la probabilità che una volta in carica, gettata la maschera, l’affidatario passerà il tempo a spolpare finanziariamente il suo protetto»¹⁰

un bilancio de iure condendo, in *Riv. dir. civ.*, 2021, 854 ss.; S. PATTI, *Testamento di vita e figure analoghe nell’ordinamento tedesco*, in S. PATTI (a cura di), *Annuario di diritto tedesco 2005- 2006*, Milano, 2008, 291 ss.; ID., *Diritto privato e codificazioni europee*, Milano, 2007, II ed., 317; TESCO, *I confini applicativi dell’amministrazione di sostegno comparati con quelli della Sachwalterschaft austriaca e della Betreuung tedesca*, in GABRIELLI - S. PATTI - ZACCARIA - PADOVINI - CUBEDDU - WIEDEMANN - TROIANO (a cura di), *Liber Maiorum per Dieter Henrich, I, Parte generale e persone*, Torino, 2012, spec. 164. Opportunità, vantaggi ed inconvenienti di un “assetto pan-negoziale” sono evidenziati da CENDON, *Vent’anni di amministrazione di sostegno. Avere cura dei più fragili: ieri, oggi, domani*, in <https://www.giustiziainsieme.it/en/diritto-civile/3003-ventanni-di-amministrazione-di-sostegno-avere-cura-dei-piu-fragili-ieri-oggi-domani>.

⁷ STANZIONE, *Amministrazione di sostegno, interdizione inabilitazione: rapporti ed interazione*, in www.comparazioneDIRITTOCIVILE.it, 2. In proposito, discorre di flessibilità, ad essa guardando quale «punto forza, ma anche di debolezza dell’istituto», PARADISO, *L’amministrazione di sostegno (leggendolo il quaderno di Familia)*, cit., 444.

⁸ STANZIONE, *Amministrazione di sostegno, interdizione inabilitazione: rapporti ed interazione*, cit., 4.

⁹ Così, nell’enucleare opportunità e vantaggi del mandato di protezione, CENDON, *Vent’anni di amministrazione di sostegno*, cit.

¹⁰ CENDON, *Vent’anni di amministrazione di sostegno*, cit.

non tanto, com'è ovvio, nel caso di infermi fisici nei quali residui un'apprezzabile capacità di discernimento, quanto in quello di soggetti dalle ormai affievolite energie intellettive¹¹. Nei meccanismi dell'amministrazione di sostegno tali rischi, almeno in via teorica, sembrano scongiurati dalle regole codicistiche che assegnano al giudice tutelare il potere di modificare o integrare anche d'ufficio, in ogni tempo, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'amministratore (art. 407, IV comma, c.c.) nonché di convocare quest'ultimo in qualsiasi momento allo scopo di chiedere informazioni, chiarimenti e notizie sulla gestione dell'amministrazione, e di dare istruzioni inerenti agli interessi morali e patrimoniali del beneficiario (art. 44, disp. att. cod. civ.).

Ripensamento ancora più radicale della materia, tuttavia, è quello sotteso all'elaborazione dottrinale che prospetta l'integrazione delle regole codicistiche sull'amministrazione di sostegno con il cd. patto di rifioritura¹²: nel disegno dei suoi teorizzatori, sarebbe un "metodo condiviso", un *patto*, appunto, lo strumento più congruo a fronteggiare un'incapacità "gestionale" del fragile, quella che investe la "dimensione del fare" di un soggetto il quale, fiaccato dagli eventi o deviato da una dipendenza, si riscopra inadeguato a ristabilire autonomamente la smarrita dimensione esistenziale, che pure egli anela a riconquistare.

Secondo una causa che potremmo definire "di rifioritura", che certo supera il vaglio di meritevolezza dell'art. 1322 c.c., il patto intercorre tra il fragile ed il giudice tutelare/amministratore di sostegno i quali, con la partecipazione dei familiari e dei soggetti vicini all'interessato e con l'ausilio di una *equipe* di soggetti variamente qualificati, si impegnano ad un percorso di reinclusione sociale da modellarsi su desideri, aspirazioni ed inclinazioni personali del soggetto preso in carico.

In una logica di recupero della socialità e di superamento dello stato di solitudine o di abbandono in cui questi si venga a trovare – si tratti di alcoolista, ludopatico, anorettico, emarginato, vittima di bullismo, soggetto con tendenze suicidarie o dipendenze affettive – il momento "sanitario" rappresenterà solo uno dei diversi passaggi, assumendo rilevanza centrale quello familiare, scolastico, lavorativo, turistico, sportivo, ricreativo, di volontariato, culturale, associativo, ecc.¹³.

¹¹ Sulla opportunità che in caso di fragilità del *dominus*, con il rischio di approfittamento da parte del delegato, continui ad essere percorribile la strada dell'amministrazione di sostegno, GIROLAMI, *Dalla crisi dell'amministrazione di sostegno al mandato di protezione: un bilancio de iure condendo*, cit., 898 s.

¹² L'introduzione del patto di rifioritura, insieme ad altre modifiche della disciplina sull'amministrazione di sostegno, sono attualmente in discussione al Tavolo nazionale sui diritti delle persone fragili presieduto da Paolo Cendon: in argomento, cfr. CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175.

¹³ CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175.

2. Nuovi scenari delle vulnerabilità

Così descritto il patto di rifioritura, con le inevitabili approssimazioni che si devono ad un progetto che non ha ancora ricevuto una compiuta formale stesura, è da subito agevole coglierne tratti che sovvertono in radice l'assetto tradizionale delle misure di protezione. Almeno quattro.

Ingresso dell'autonomia privata e della negoziazione anche nella materia delle incapacità: superamento del momento autoritativo/espropriativo del sistema precedente. Nel quadro della tendenza legislativa in atto tesa ad affidare al consenso compiti sempre più delicati – dal nascere per contratto, agli accordi matrimoniali e nell'affidamento condiviso fino alla negoziazione dei dati personali – il patto di rifioritura segna l'approdo dell'autonomia privata anche al terreno delle incapacità: pure in tali ambiti il diritto arretra da uno spazio che si vuole riservato alla autodeterminazione del fragile ed alla sua piena partecipazione alle vicende che lo riguardano.

Cifra riassuntiva del patto sono consenso, partecipazione, autoreponsabilità.

Corredo essenziale ne è l'ascolto, strumento già utilmente collaudato in materia familiare, funzionale ad un pieno coinvolgimento dell'incapace ed alla realizzazione delle sue aspirazioni più profonde¹⁴: così, il patto di rifioritura si allinea alle indicazioni emergenti dalla Convenzione di New York del 2006 in materia di diritti delle persone con disabilità, che guarda a «diritti, volontà e preferenze dell'interessato» quali elementi attorno ai quali ogni misura protettiva deve ruotare¹⁵.

*Crisi di un approccio meramente sanitario/psichiatrico alle incapacità: abbandono della concezione "panmedicalista" degli strumenti di protezione*¹⁶. Il patto di rifioritura registra il declino di quella visione "organicista" delle incapacità che, nell'oscurare la dimensione "mondano-esistenziale" del fragile, tutto inquadra nella cornice della malattia e tutto risolve nel gesto sanitario. In linea con gli orientamenti che emergono dalla sesta conferenza mondiale sulle dipendenze, nel corso della quale senza esitazioni si guarda al momento sanitario solo come ad uno tra i molteplici passaggi del percorso riabilitativo¹⁷, la multidisciplinarietà è elevata a connotato identificante del patto di rifioritura: in un'auspicata «alternanza di passaggi, medici e non medici»¹⁸, è un'*equipe* composita

¹⁴ Sul tema dell'ascolto del minore, e della sua partecipazione ad ogni procedura che possa interessarlo, come strumenti per la realizzazione del *best interest of the child*, SCALISI, *Il superiore interesse del minore ovvero il fatto come diritto*, in *Riv. dir. civ.*, 2018, 405 ss.

¹⁵ Si tratta dell'art. 12, IV comma, della Convenzione ratificata dall'Italia, che però non vi ha mai dato attuazione.

¹⁶ Le espressioni riportate nel testo sono utilizzate da CENDON, *Il patto di rifioritura*, in CARUSO - MELI - U. SALANITRO (a cura di), *Per un patto di rifioritura- fragilità, famiglia, ambiente*, Pisa, 2020, 106.

¹⁷ A proposito della conferenza richiamata nel testo, dal titolo "*Oltre le fragilità*" e tenutasi a Genova il 27 e 28 novembre 2021, cfr. la relazione al Parlamento, parte VII, reperibile al seguente link: https://documenti.camera.it/_dati/leg18/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/030/005_RS/00000033.pdf

¹⁸ CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175.

quella cui si demanda l'attuazione dello stesso, sia pure sotto la costante regia del giudice tutelare che, per mestiere abituato «a soppesare i risvolti del giorno per giorno»¹⁹, tramite un'opera di coordinamento scongiura quel rischio di “deresponsabilizzazione” che taluno ritiene sotteso alla compresenza di una pluralità di attori.

Verso la “depatrimonializzazione” delle misure di protezione. Nel quadro della generale tendenza alla “depatrimonializzazione” del diritto privato²⁰, il patto di rifioritura porta a compimento quel processo di distacco delle incapacità dalla logica schiettamente patrimonialistica che ha ispirato il codificatore del 1942, così asseverando l'autorevole idea dottrinale che confuta l'immutabilità degli istituti di diritto privato e la “staticità qualitativa dell'ordinamento”²¹. Improntato al valore primario della dignità della persona, alla rivalutazione della dimensione esistenziale del beneficiario ed alla centralità dei suoi bisogni e delle sue aspirazioni, il patto di rifioritura segna il superamento di un sistema che anacronisticamente restava ancorato al primato degli interessi patrimoniali dell'incapace ed alla tutela della sicurezza dei traffici giuridici. In linea con i valori emergenti dalla Carta costituzionale, in cui i rapporti patrimoniali trovano giustificazione istituzionale

¹⁹ CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175.

²⁰ Il tema è affrontato da DONISI, *Verso la «depatrimonializzazione» del diritto privato*, in *Rass. dir. civ.*, 1980, 644 ss.; DE CUPIS, *Sulla «depatrimonializzazione» del diritto privato*, in *Riv. dir. civ.*, 1982, 482 ss.; P. PERLINGIERI, “*Depatrimonializzazione e diritto civile*”, in *Rass. dir. civ.*, 1983, 1 s.

²¹ Il riferimento è a P. PERLINGIERI, “*Depatrimonializzazione e diritto civile*”, cit., 2, il quale confuta l'idea secondo cui non possa essere radicalmente alterata la natura degli istituti patrimoniali del diritto privato i quali infatti non costituiscono normative immutabili «ora travolti dalla loro incompatibilità con i principi di rango costituzionale ora esautorati o integrati dalla legislazione speciale e comunitaria; sempre tuttavia protesi ad adeguarsi ai nuovi “valori” nel passaggio da una giurisprudenza civile degli interessi patrimoniali ad una giurisprudenza civile più attenta ai valori esistenziali». Il processo di “depatrimonializzazione” del sistema delle incapacità trova notoriamente avvio nella disciplina sull'amministrazione di sostegno: la riflessione sul punto è svolta da PARADISO, *L'amministrazione di sostegno (leggendo il quaderno di Famiglia)*, cit., 439. Indici inequivocabili di una rivalutazione degli interessi personali del beneficiario sono i riferimenti dell'introdotta disciplina ai *bisogni* ed alle *richieste* del disabile, di cui il giudice tutelare, così come l'amministratore di sostegno, devono tener conto ai sensi degli art. 407, II comma, c.c., e 410, I comma, c.c.; e, ancora, segno inequivocabile del mutamento di prospettiva è la scelta di anteporre la *cura della persona interessata alla conservazione del suo patrimonio* quando si tratta di elencare i provvedimenti urgenti che il giudice può adottare anche d'ufficio secondo l'art. 405, IV comma, c.c. In argomento, FERRANDO, *Protezione dei soggetti deboli e misure di sostegno*, in *La riforma dell'interdizione e dell'inabilitazione*, a cura di S. PATTI, Milano, 2002, 42, rileva come la preminenza della cura della persona su quella del patrimonio sia destinata «a riflettersi anche su gli atti patrimoniali, sul modo di intendere l'interesse della persona al loro compimento, il vantaggio o il pregiudizio che gliene può derivare, in quanto la decisione relativa ad essi andrà presa non solo in relazione alle esigenze di conservazione del patrimonio, ma anche in funzione della necessità di disporre delle risorse necessarie a soddisfare nel modo migliore le esigenze di vita del disabile e dell'anziano, di soddisfare bisogni esenziali fondamentali, come il diritto ad un'abitazione adeguata, alla cura della sua salute, ed anche, in misura compatibile con le sue condizioni psico fisiche, quelle connesse alla vita di relazione, alle esigenze culturali, di svago, di ricreazione, e così via».

nel sostegno al libero sviluppo della persona rispetto al quale risultano oggi meramente strumentali, il patto di rifioritura consacra la primazia delle situazioni esistenziali perseguendo la finalità costituzionalmente orientata di valorizzazione della persona umana.

Il patto di rifioritura come terreno di emersione del principio di sussidiarietà. Guardando al patto di rifioritura attraverso il prisma della sussidiarietà, tale principio è cornice alla quale ricondurre quella strutturazione in forma reticolare, quella trama assistenziale di cui associazioni di volontariato ed enti del terzo settore costituiscono l'ordito: è a questi, invero, che di fatto è affidata quell'attività assistenziale che costituisce essenza di un percorso teso a condurre il fragile verso la “rifioritura”²². Obbedendo alle indicazioni del giudice tutelare, tali enti sono chiamati ad un'attività che, senza conformarsi a prescrizioni standardizzate ed *ex ante* imposte dal legislatore, piuttosto risponde a regole forgiate dai giudici che le plasmano intorno alle esigenze dell'interessato, così disvelando uno dei tratti essenziali della sussidiarietà²³.

3. Obbligo di cura e autodeterminazione nel d.d.l. sulla “rifioritura”

Non assumere alcool o stupefacenti, alimentarsi con regolarità, intraprendere percorsi di disintossicazione, frequentare circoli sportivi o associazioni culturali, praticare il volontariato, sottoporsi a terapie cognitive per sopire istinti suicidari o placare l'impulso del gioco, partecipare ad attività turistiche, assumere farmaci salva-vita: prestazioni non patrimoniali, potremmo dire *esistenziali* ma anche *sanitarie*, quelle cui il fragile si impegna, che restituiscono il tema del patto di rifioritura agli àmbiti della teoria generale.

All'orizzonte, non solo il mai sopito confronto tra “apatrimonialità” e negozialità, commistione tra interessi e valori in sé non economici e strutture normative intese a conferirvi il carattere della necessità giuridica e della doverosità, ma altresì quel complesso bilanciamento tra autodeterminazione del singolo e tutela dei valori fondamentali

²² Sull'amministrazione di sostegno come luogo privilegiato di attuazione del principio di sussidiarietà, M.F. TOMMASINI, *L'amministrazione di sostegno tra sussidiarietà e solidarietà. Margini per una reinterpretazione del sistema*, in *Rass. dir.civ.*, 2013, 961 ss.

²³ PARADISO, *Sussidiarietà e limiti all'autoregolazione dei rapporti familiari*, in *Dir. succ. fam.*, 2019, 163, osserva come tra i più rilevanti riflessi del principio di sussidiarietà vi sia quello dell'incidenza sul processo di produzione delle norme giuridiche: anche richiamando riflessioni svolte da una parte della dottrina, l'a. da una parte rileva come l'ingresso di tale principio nel nostro sistema sia manifestazione della transizione in atto «da un diritto prodotto in forma gerarchica a un diritto scritto e riscritto da soggetti diversi: legislatore, giudice, autorità indipendenti, dottrina, privati» (PUNZI, *Prefazione*, in G. BENEDETTI, *Oggettività esistenziale dell'interpretazione: studi in ermeneutica e diritto*, Torino, 2014, XVI) e dall'altro segnala il ruolo ormai decisivo della giurisprudenza che «non si limita più a individuare la norma applicabile in base a scelte operate dal legislatore ma concorre – piaccia o non piaccia – a produrre il diritto applicabile».

della salute e della vita che intercetta temi di grande momento, filosofici ed antropologici forse ancor prima che giuridici.

Il tossicodipendente che, violando il patto, reclama droghe o le assuma di nascosto, il soggetto affetto da anoressia che caparbiamente rifiuta il cibo perché dominato dal pensiero ossessivo di alimentarsi il meno possibile, il diabetico che si ostina a non sottoporsi alla prescritta terapia insulinica: quali i *rimedi* contro l'*inadempimento*?

Occorre chiedersi se un'inosservanza del patto che rischi di compromettere la vita o l'integrità psico-fisica del soggetto preso in carico autorizzi il giudice tutelare all'adozione di provvedimenti "coercitivi" – repressione violenta di condotte disubbidienti, tenaci sollecitazioni all'assunzione di cibo o di farmaci infine somministrati con l'uso della forza – ovvero se il valore dell'autodeterminazione del singolo, insieme a quella *vincolatività precaria o imperfetta* che connota gli accordi non patrimoniali²⁴, riportino il patto di rifioritura in un'area in cui la coercizione, non contemplata, lascia spazio ad atteggiamenti inerti che in definitiva passivamente assecondino condotte riottose del fragile, persino quelle "autodistruttive".

Nell'interrogativo si avvertono passaggi ulteriori, quell'intricato nesso tra vita, salute, dignità e autodeterminazione, che certo non è possibile analizzare in queste pagine. In proposito, mi limito a rilevare come intorno al tema, da oltre mezzo secolo, si dipana un dibattito irrisolto tra civilisti che paventano una semplificazione della questione in «un accentramento delle posizioni intorno all'uno o all'altro dei valori in gioco: la vita, da una parte, bene primario e fondamentale, la dignità del morire e l'autodeterminazione individuale dall'altra, altrettanto importanti nel quadro dei diritti della persona che la carta fondamentale mette al centro del sistema»²⁵.

Alcuni studiosi evidenziano il rischio «che il binomio salute-vita, isolato dal contesto completo dei diritti, sia invocato per orientare il trattamento verso una sopravvivenza ad ogni costo»²⁶, in aperto contrasto con quel "diritto di rifiutare le cure", cui la dottrina

²⁴ In argomento, AMADIO, *Teoria del negozio e interessi non patrimoniali*, in *Studi in onore di Nicolò Lipari*, I, Milano, 2008, 27 ss.; DI BONA, *I negozi giuridici a contenuto non patrimoniale*, Napoli, 2000.

²⁵ PISU, *Fine vita. La Corte costituzionale si rivolge al legislatore inaugurando una nuova stagione di "relazionalità istituzionale"*, in *Resp. civ. prev.*, 2019, 130.

²⁶ ZATTI, *Cura, salute, vita, morte: diritto dei principi o disciplina legislativa?*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2017, 189. In proposito, GORGONI, *Autodeterminazione, dignità e vita nel suicidio assistito e nell'eutanasia*, in *Liber amicorum per Paolo Zatti*, I, Napoli, 2023, 808, osserva: «Ritenere che la vita sia un bene giuridico protetto in assoluto è un'affermazione non sostenibile sul piano giuridico». Per inciso deve rammentarsi come oggi possa dirsi superata l'idea restrittiva del "trattamento sanitario" che ricomprendeva il solo trattamento medico che si protrae nel tempo, ad esclusione di tutti quelli di durata limitata (gli interventi chirurgici) e di quelli tendenzialmente istantanei (controlli medici, vaccinazioni, somministrazioni di farmaci, ecc.). Secondo l'orientamento prevalente, è oggi "latissima" la nozione di "trattamento sanitario" in cui la dottrina suole ricomprendere «ogni attività diagnostica o terapeutica, volta a prevenire, o a curare malattie» (CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, 52 s.), non costituendone tratto essenziale né un ricovero di lunga degenza, né ancor meno un trattamento chirurgico o farmacologico. Per una

costituzionalista guarda come corollario del principio secondo cui «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» (art. 32, II comma, Cost.²⁷; art. 1, I comma, l. n. 219/2017; art. 34 cod. deont. med.; art. 3, lett. a, Convenzione di New York del 2006 in materia di diritti delle persone con disabilità²⁸): un «trasferimento di potere, anzi di sovranità»²⁹ dallo Stato all'individuo che induce gli studiosi a ravvisare i presupposti di legittimità costituzionale di un trattamento sanitario obbligatorio, congiuntamente, nella tutela della salute del soggetto sottoposto al trattamento ma anche dell'intera collettività la cui incolumità risulti posta in pericolo³⁰.

Queste, assai sinteticamente, le premesse dalle quali tradizionalmente si muove per sottolineare come «il bene della vita deve confrontarsi con altri beni, in posizione

interpretazione ampia del concetto di trattamento sanitario nella giurisprudenza costituzionale, cfr. Corte Cost. 2 giugno 1994, n. 218, che ha inteso per "trattamento" anche il mero accertamento sanitario, inclusi analisi e prelievi (si trattava, nella specie, di quello necessario ad escludere malattie infettive o contagiose).

²⁷ CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, 21 ss.; CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. soc.*, 1982, 557 ss.; LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980, 769 ss.; MODUGNO, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione (a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue)*, in *Dir. soc.*, 1982, 303 ss.; MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002, 172 ss.; PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione (a proposito della disciplina delle vaccinazioni)*, in *Dir. soc.*, 1979, 875 ss.; PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983, 21 ss.; VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° comma*, in BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione, Rapporti etico-sociali*, Bologna Roma, 1976, 167 ss.; ID., *Tutela della salute libertà individuale*, in *Giur. cost.*, 1982, 2462 ss.

²⁸ Nell'individuare i principi generali della Convenzione, l'art.3, lett. a), richiama «il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone».

²⁹ RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma- Bari, 2012, 259.

³⁰ In tal senso, tra gli altri, BARBISAN, *La morte che ci sfugge, le dichiarazioni anticipate di volontà ed il limite del rispetto della persona umana*, in *www.astrid-online.it*, 2009, 8 ss.; COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998, 93; D'ALOIA, *Al limite della vita: decidere sulle cure*, in *Quaderni costituzionali*, 2010, 241 ss.; LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, cit., 782; MODUGNO, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione*, cit., 311 ss.; MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, cit., 176; PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., 62 ss.; SANDULLI, *La sperimentazione clinica sull'uomo*, in *Dir. soc.*, 1978, 517; PUGLIESE, *Nuovi diritti: le scelte di fine vita tra diritto costituzionale, etica e deontologia medica*, in *Riv. pen.*, 2009, 31 ss.; TRIPODINA, *A chi spettano le decisioni politiche fondamentali sulle questioni eticamente controverse? (Riflessioni a margine del «caso Englaro»)*, in *Giur. cost.*, 2008, 4069 ss.; VERONESI, *Uno statuto costituzionale del corpo*, in RODOTÀ, ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto. Il governo del corpo*, tomo I, a cura di CANESTRARI - FERRANDO - MAZZONI - RODOTÀ - ZATTI, Milano, 2011, 154 s.; VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° comma*, cit., 172 ss. In giurisprudenza, cfr. Corte Cost. 22 giugno 1990, n. 307, secondo cui «la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 della Costituzione se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale».

non subordinata, quali l'autodeterminazione e la dignità di ogni persona»³¹, sì che il rifiuto di cure deve essere rispettato anche se la conseguenza dell'astensione sia la morte del paziente³²: perfino di una scelta autodistruttiva, estrema e irreparabile come quella di rifiutare trattamenti che possano sottrarre l'individuo ad esiti fatali, occorrerà dunque tener conto, così escludendosi la possibilità di negare rilevanza al rifiuto di trattamenti ancorché necessari ed appropriati³³.

Non può tuttavia sottacersi come nemmeno il valore dell'autodeterminazione sia da proteggere in quanto tale: non potendo sconfinare in un "sogettivismo assoluto"³⁴, esso va tutelato solo ove le deliberazioni del singolo effettivamente maturino in un quadro di sufficiente lucidità ché, se così non fosse, la domanda appropriata non sarebbe più "chi decide" ma "quale sia la decisione migliore". Ed invero, la volontà di rifiutare un trattamento sanitario non è facoltà *autonoma*, ma solo *distinta*: isolata dall'infedeltà presupposto della capacità di intendere ossia dalla coscienza che talora è dubbio residui in un soggetto fragile, la volontà rischia di immiserirsi a mero istinto, tramutandosi in istanza capricciosa che una lettura rigorosa delle norme costituzionali rischia di rendere insindacabile.

La questione, allora, si sposterebbe dalla tutela dell'autodeterminazione a quella della salute del soggetto e/o dei suoi familiari³⁵.

³¹ GORGONI, *Autodeterminazione, dignità e vita nel suicidio assistito e nell'eutanasia*, cit., 804.

³² ZATTI, *Rapporto medico-paziente e «integrità» della persona*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, II, 403. La necessità di un bilanciamento tra la salute e la dignità della persona è indicata dall'art. 1, II comma, l. n. 833/1978, secondo cui: «La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana». Una necessità che è alla base dell'orientamento della giurisprudenza costituzionale la quale ridimensiona la portata del divieto posto dall'art. 580 c.p. argomentando dall'inammissibilità di una tutela incondizionata della salute, così giungendo ad escludere la punibilità di colui che agevoli «l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (...)» (C. Cost. 25 settembre 2019, in *Dir. fam.*, 2019, 97).

³³ In proposito cfr. U. SALANITRO, *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (l. n. 219/17)*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2019, 151, nt. 65, il quale osserva come, a differenza dei minori e degli interdetti, «rileva invece il consenso o il dissenso della persona inabilitata e, salva diversa previsione nell'atto di nomina, della persona beneficiaria dell'amministrazione di sostegno. Problemi complicati si pongono quando è disposto che il beneficiario sia assistito, ma non sostituito, in campo sanitario, perché il consenso o il dissenso è espresso sia dal beneficiario, sia dall'amministratore: si può reputare che in linea di principio appare conforme al sistema che il medico debba attenersi al consenso del beneficiario (ovvero al suo dissenso, salvo che per le cure indifferibili)».

³⁴ Così, GORGONI, *op. cit.*, 806.

³⁵ Il riferimento al necessario estremo della "ponderatezza" delle decisioni del singolo si ritrova in Corte cost., 15 febbraio 2022, n. 50, sia pure in un contesto specifico, ossia quello teso a mitigare la risposta sanzionatoria in ragione del consenso prestato dalla vittima in seno alla pronuncia di inammissibilità del referendum abrogativo dell'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente): qui si legge che il bene "vita", valore apicale del nostro ordinamento e «matrice prima di ogni altro diritto,

Così, in presenza di un patto che trovi fondamento in una volontà libera ed autentica, lo studioso è sollecitato ad interrogarsi se non sia lecito superare un rifiuto dei trattamenti programmati (*id est* un recesso) che sia maturato nel quadro di una (sopravvenuta) compromessa lucidità intellettiva: si potrebbe cioè prospettare che il patto di rifioritura conservi efficacia anche in caso di sopraggiunta incapacità di intendere e di volere dell'interessato, secondo un modello che già trova espressione nella disciplina giuridica delle dat.

Questo, credo, il senso del richiamo dei teorizzatori del patto ad una “coazione benigna”, elevata a connotato identificante di un rapporto in cui non si escludono “momenti energici” nei quali cioè «chi brontola o protesta» viene «invitato a smetterla per il bene di tutti, ammonito a rispettare gli accordi, altrimenti si andrà avanti col programma, piaccia o no, fino in fondo»³⁶. Così, vietare al tossicodipendente di lasciare la comunità per procurarsi la droga, costringere l'anoressico ad alimentarsi o il diabetico ad assumere insulina risponderrebbero alla necessità di contrastare “filamenti autodistruttivi” o di “pericolosa inerzia” in nome del *best interest* dell'interessato³⁷: ci si muoverebbe, cioè, in un'area in cui pur non superata quella frontiera del “pericolo attuale di un danno grave alla persona”, che *ex art. 54 c.p.* esclude la punibilità dell'agente, è comunque palese «l'opportunità di “fare qualcosa”, di tentare il possibile, onde arginare le ombre funeste che si annunciano (...)»³⁸.

Ma, beninteso, solo ove quel brontolio o quella protesta non siano manifestazione consapevole di una volontà autentica: ché, se così fosse, un *recesso ad nutum* sarebbe in ogni momento da considerarsi legittimo ed il percorso “verso la rifioritura” interrotto, senza che residui spazio alcuno per la coercizione ma solo per una “strategia della persuasione” che l'ordinamento sempre è chiamato ad attuare di fronte a situazioni “di debolezza e di sofferenza”³⁹.

Bene si collocano, allora, in tale cornice complessiva, i richiami del d.d.l. sul patto di rifioritura ora alla necessità che il giudice tutelare verifichi «se il rifiuto, totale o parziale, o la revoca del consenso agli accertamenti diagnostici o ai trattamenti indicati per la patologia o a singoli passaggi del trattamento stesso, non risulti in concreto espressione di appropriate capacità e volontà, da parte del beneficiario, in ordine alla salvaguardia del proprio equilibrio esistenziale, dovendosi in tal caso riconoscere alle stesse attenzione

costituzionalmente protetto, della persona», deve essere tutelato anche verso «scelte auto distruttive del titolare del diritto che possono risultare, comunque sia, non adeguatamente ponderate». In proposito, cfr. STANZIONE, *op. cit.*, 21, secondo cui «all'amministratore di sostegno (ma altresì al tutore) è, unicamente, fatto divieto di sovrapporsi alla volontà del beneficiario (o dell'interdetto), salvo che un eventuale rifiuto alle cure si fondi su di una non cosciente valutazione critica della situazione e delle conseguenze per porvi rimedio».

³⁶ CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175 s.

³⁷ Le espressioni sono quelle usate da CENDON, *Il patto di rifioritura*, cit., 104.

³⁸ CENDON, *Il patto di rifioritura*, cit., 102.

³⁹ Così, Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748, in *Fam. dir.*, 2008, 129 ss.

e tutela prevalenti»; ora alla necessità che il giudice proceda «solo quando l'assenza di un determinato intervento rischi di pregiudicare gravemente la salute dell'interessato e minacci contestualmente il benessere dei suoi familiari, della parte dell'unione civile o del convivente», sempre evitando che risulti compromessa oltre il minimo necessario la libertà personale del beneficiario⁴⁰.

Non è certo, tuttavia, che tanto basti a garantire la tutela dell'insopprimibile diritto all'autodeterminazione del fragile.

4. I “progetti terapeutici individuali” (PTI) quali possibili strumenti di attuazione del patto di rifioritura?

Sul piano applicativo, resta da verificare quali siano gli strumenti appropriati alla concreta attuazione del patto di rifioritura, così come immaginato dai suoi teorizzatori.

Prospettiva privilegiata per una riflessione sul tema credo sia quella dei cd. progetti terapeutici individuali.

⁴⁰ Questo il testo del d.d.l. n. 1480/2019, su *Modifiche al codice civile e al codice di procedura civile in materia di interdizione e inabilitazione e rafforzamento dell'istituto dell'amministrazione di sostegno*: «Il giudice tutelare, nel provvedimento con il quale nomina l'amministratore di sostegno, o successivamente, può disporre, a carico del beneficiario, determinate limitazioni o impedimenti alla possibilità di compiere atti di natura personale o patrimoniale, avuto riguardo all'esclusivo interesse del beneficiario medesimo. Dette limitazioni o impedimenti dovranno avere carattere temporaneo salva possibilità di proroga motivata per il ricorrere di gravi motivi. Nel caso di limitazione o impedimento ai sensi del precedente comma, il Giudice tutelare potrà, altresì, autorizzare il beneficiario al compimento dell'atto con l'assistenza dell'amministratore di sostegno. In caso di dissenso tra amministratore di sostegno e beneficiario circa gli atti da compiere, il giudice tutelare – previa audizione del beneficiario, svolti i necessari accertamenti allorché sia emersa una insufficiente o inadeguata consapevolezza critica, presso quest'ultimo, intorno alla propria condizione patologica – assume con decreto motivato gli opportuni provvedimenti, compresa l'autorizzazione all'amministratore di sostegno a fare luogo comunque al compimento dell'atto, superando anche con mezzi coercitivi quel dissenso. Qualora si tratti di atti, accertamenti, terapie o interventi di natura o contenuto sanitario, il provvedimento del giudice dovrà conformarsi ai seguenti principi: a) verificare se il rifiuto, totale o parziale, o la revoca del consenso agli accertamenti diagnostici o ai trattamenti indicati per la patologia o a singoli passaggi del trattamento stesso, non risulti in concreto espressione di appropriate capacità e volontà, da parte del beneficiario, in ordine alla salvaguardia del proprio equilibrio esistenziale, dovendosi in tal caso riconoscere alle stesse attenzione e tutela prevalenti; b) riconoscere e rispettare in generale i bisogni, le aspirazioni e i valori del beneficiario; c) procedere solo quando l'assenza di un determinato intervento rischi di pregiudicare gravemente la salute dell'interessato e minacci contestualmente il benessere dei suoi familiari, della parte dell'unione civile o del convivente; d) evitare che risulti compromessa oltre il minimo necessario, nella forma e nella sostanza, la libertà personale del beneficiario; e) coinvolgere quest'ultimo, quanto più possibile, nella pianificazione e nell'aggiornamento dei piani terapeutici, trattamentali e di assistenza».

Si tratta di percorsi personalizzati di cura, inclusione sociale ed inserimento lavorativo elaborati in favore di soggetti affetti da disturbi mentali ma «applicabili, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi, per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo»⁴¹. Ponendo «al centro del sistema la persona, unica e irripetibile, portatrice di valori, convinzioni e scelte individuali», tali progetti elogiano il “protagonismo” del fragile ed affidano il loro funzionamento alla co-progettazione e co-gestione da parte di tutte le componenti della comunità con cui questi si relazionano⁴².

Se i progetti terapeutici individuali siano strumenti appropriati all'attuazione in concreto del patto di rifioritura, è questione da valutarsi alla luce di una verifica di corrispondenza tra finalità e regole immaginate per i due modelli considerati.

Autodeterminazione del fragile. Nel quadro delle linee programmatiche per i piani terapeutici riabilitativi individualizzati elaborate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, autodeterminazione, partecipazione e consenso del fragile – tratti salienti del patto di rifioritura – sono annoverati tra gli “elementi qualificanti” dei menzionati piani, i quali invero risultano destinati alla persona «vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione» e sono da elaborarsi «su misura e in modo partecipato con la persona tenendo conto delle sue preferenze».

Dall'analisi del documento richiamato emerge chiaramente la rilevanza della “relazione” e del “dialogo” con il soggetto preso in carico: l'*equipe* sociosanitaria, infatti, «deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale amministratore di sostegno

⁴¹ Così si legge nelle linee programmatiche “progettare il budget di salute con la persona”, elaborate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 30 giugno 2022, reperibili su <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1656671955.pdf> (2 e 5 s.). In proposito, a titolo esemplificativo, cfr. il documento pubblicato dal Comune di Benevento su “Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati PTRI”, che individua i destinatari nei «cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente (malattie croniche e/o cronico degenerative e disabilità sociale) o a stati di grave rischio e vulnerabilità, che richiedono progetti individuali caratterizzati dalla inscindibilità degli interventi sanitari e sociali, a partenza da bisogni con prevalenza sanitaria ad espressività sociale» (il documento è reperibile su <https://www.comune.benevento.it/ambitob1/progetti-terapeutici-riabilitativi-individualizzati-ptri/>). Occorre precisare che il richiamato documento ministeriale si riferisce ai cd. progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRP), che sono da definirsi in coerenza con il piano di trattamento individuale (PTI): tali progetti sono sostenuti dal cd. budget di salute, elaborato per il sostegno di soggetti affetti da disturbi mentali e «costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona» (cfr. linee programmatiche ministeriali, 1).

⁴² In più parti, il menzionato provvedimento ministeriale mette in luce la «centralità della persona e il ruolo attivo del paziente e dei famigliari/figure significative della persona nella definizione del percorso personalizzato di cura e di inclusione sociale, alla luce dei suoi specifici bisogni» (p. 6).

(...) e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura e nella definizione del proprio progetto di vita» che «per diventare operativo richiede il consenso che viene espresso nella sottoscrizione anche da parte della persona di un accordo, nel quale vanno declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti»⁴³.

Patto e contratto. Un “accordo”, allora, è quello che secondo le linee programmatiche il fragile è chiamato a sottoscrivere, anche in osservanza dei principi che subordinano i trattamenti medici al consenso informato⁴⁴. Ma, lo si è visto, è accordo non patrimoniale, dalla vincolatività imperfetta e dalla incoercibilità di massima: lontane le rigide regole contrattuali, il patto di rifioritura si avvicina più a quell’ “accordo leggero” che i civilisti evocano quando chiamati ad indicare lo strumento adatto a conferire forma giuridica a relazioni cui è estraneo il modello dello scambio. I diritti della personalità, si osserva, sono «regolati da un principio generale di libertà che deve essere affermato senza alcuna riserva»⁴⁵: ad essi, perciò, cui mal si attaglia la categoria del contratto, è «un diritto leggero, elastico, flessibile» quello che più si addice, che si difende da una legislazione minuziosa ed intrusiva ed in cui massima è la limitazione delle norme imperative.

Quanto si dice trova pieno riscontro nella formulazione delle linee guida per i progetti personalizzati, nelle quali in una stessa disposizione il termine *patto*, usato per designare l'impegno assunto dal fragile, si contrappone a quello di *contratto*, invece richiamato per indicare il rapporto intercorrente tra Azienda sanitaria ed ente di gestione⁴⁶. Non una svista legislativa: solo per quest'ultimo varranno infatti le regole codicistiche in materia di conclusione del contratto, adempimento, inadempimento e rimedi; per il primo, invece, pur nel quadro di principi generali fissati dal legislatore, è al giudice che è di fatto rimessa l'individuazione della regola più adatta, secondo le circostanze del caso.

⁴³ In tal senso, cfr. il richiamato provvedimento ministeriale, § 1, 2, 5.

⁴⁴ Più in particolare, nella parte relativa agli “elementi attuativi” del progetto, le linee programmatiche del Ministero precisano che «l'accordo deve essere sottoscritto da: persona; eventualmente da un suo familiare/*caregiver* se coinvolto, e con il consenso della persona assistita; tutore/amministratore di sostegno se presente; équipe sanitaria curante; équipe dell'ufficio del servizio sociale dell'ente locale; referente di un ente del terzo settore o privato imprenditoriale coinvolto nel progetto, identificato tra quanti presenti nell'elenco di soggetti qualificati» (p. 8).

⁴⁵ Così, nel richiamare l'idea di “accordo leggero”, GALASSO, *Diritto civile e relazioni personali*, in *Dem. e dir.*, 1996, 254 e 259, che rileva come il “diritto leggero” porti «il segno di quella che i giuristi del diritto privato chiamano autonomia privata, cioè la capacità e il potere dei soggetti privati di dare da sé assetto ai propri interessi»: per la sua costruzione occorre cioè «allontanarsi il più possibile dalla regola del legislatore, e avvicinarsi il più possibile alla regola che le parti si danno di volta in volta».

⁴⁶ Si veda, ad esempio, il paragrafo 7.10 delle Linee guida della Regione siciliana, rubricato “Attuazione pti”, che così recita: «Dopo la firma del *contratto* l'ente co-gestore può dar corso alle azioni previste nel PTI e nel Piano operativo dandone comunicazione al *case-manager* individuato. Il PTI è completato con il *patto* di co-gestione firmato da tutti i soggetti coinvolti».

L'assetto “contrattuale”: gli impegni assunti dal fragile e la “multidisciplinarietà”. Se riguardati nella prospettiva del metodo, progetti personalizzati e patto di rifioritura condividono la già illustrata logica “demedicalizzata” della fragilità. È un “progetto di vita”, da coniugarsi con un “percorso di cura”, quello di cui discorrono le richiamate linee programmatiche che guardano al momento “esistenziale” come passaggio centrale del percorso di recupero del fragile: che sì, deve essere curato ma, ancor più, accompagnato verso la “rifioritura”.

Da elaborarsi ad opera di una *équipe* composita, definita “socio-sanitaria” e coordinata da un *case manager*, il progetto non interviene allora sul solo piano sanitario, investendo altresì quello mondano-esistenziale: l'obiettivo, in definitiva, è di intervenire anche sulla gestione della “quotidianità” del soggetto preso in carico, espressamente richiamandosi gli ambiti «casa-habitat, formazione-lavoro, socialità e apprendimento-espressività-comunicazione»⁴⁷.

Il progetto terapeutico-riabilitativo individuale quale strumento “su misura”. Come l'amministrazione di sostegno ed il patto di rifioritura, anche i progetti personalizzati sono da inquadrarsi tra le cd. *tailored measures*⁴⁸: di essi, solo per riportare qualche esemplificazione, si discorre ora come di «soluzioni personalizzate, costruite caso per caso, su misura»⁴⁹, ora come di pacchetti calibrati e progettati «su scala individuale, coniugando più persone e negoziando con i soggetti interessati»⁵⁰. Si sottolinea, in particolare, che «il progetto terapeutico individualizzato non è mai standardizzato ma è sempre costruito su misura delle aree

⁴⁷ Così si legge nelle linee programmatiche ministeriali. In proposito, ancora più puntuale è il paragrafo 7.10 delle Linee guida della Regione siciliana, ove le attività che il soggetto fragile si impegna a svolgere sono scandite in due “assi”. Il primo, cd. *asse affettività-socialità*, ricomprende diversi “percorsi”: a) percorso natura e benessere (es. passeggiate in montagna, a piedi o a cavallo/*pet therapy*, attività sportive); b) percorso cultura (musei teatro concerti, gruppi di lettura giochi da tavolo); c) percorso arte (pittura, fotografia, musica o artigianato ad es. cucito ceramica). Per altro verso, *l'asse formazione-lavoro*, consente all'interessato di optare tra percorsi lavorativi, tirocini o borse di studio, pur sempre da conformarsi ad inclinazioni e aspettative dell'interessato.

⁴⁸ STANZIONE, *op. cit.*, 6.

⁴⁹ Così, diversi documenti: ad esempio, le “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute” della Regione Emilia Romagna, reperibili su <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/febbraio-periodico-parte-seconda-24-quindecima.2016-02-23.1466508321/linee-di-indirizzo-per-la-realizzazione-di-progetti-con-la-metodologia-del-budget-di-salute/allegato-budget.pdf>; il documento pubblicato dalla Regione Campania, ASL Napoli 2 Nord su “Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individuali (PTRI) sostenuti da Budget di Salute (BdS)”, reperibile su <https://www.aslnapoli2nord.it/index.php/it/azienda/l-amministrazione/area-sanitaria/u-o-c-coordinamento-socio-sanitario/progetti-terapeutico-riabilitativi-individuali-ptri-sostenuti-da-budget-di-salute-bds>.

⁵⁰ DE MATTIA - ZARRELLA - CERBASI, *P.T.R.I./B.d.S. e la costruzione del benessere: uno studio esplorativo*, Paper per la IX Conferenza ESPAnet Italia “Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa”, reperibile su https://scienze politiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/274/Metodologia%20della%20progettazione%20sociale%202016-2017/Laboratorio%20su%20budget%20di%20salute/22_DeMattia.pdf

problematiche maggiormente implicate nel problema di dipendenza e dei bisogni e risorse personali»⁵¹, così da suggerire l'impiego di pratiche sanitarie e sociali flessibili, idonee a garantire una rimodulazione del progetto in favore di una sua più ampia personalizzazione⁵².

La durata. In linea con la logica del patto di rifioritura, i progetti terapeutici reclamano il distacco da approcci a breve termine, come la durata settimanale prevista per il t.s.o.⁵³. Ed invero, in entrambi i casi la realizzazione degli obiettivi prefigurati postula un periodo di tempo adeguato al completamento del percorso, di vita e di cura, concordato con il soggetto preso in carico: così, è ricorrente la previsione di progetti dalla durata biennale (da intendersi come periodo massimo) scandita da verifiche periodiche⁵⁴.

Sussidiarietà ed enti del terzo settore. Ancora in stretta continuità con il modello del patto di rifioritura, le linee guida ministeriali guardano agli enti del terzo settore come strumenti essenziali per l'attuazione dei progetti personalizzati ed espressamente richiamano l'art. 118 Cost. ed il principio di sussidiarietà ivi contemplato⁵⁵: tali enti partecipano alla definizione delle attività da svolgere, sottoscrivono il patto con il fragile e «convergono nel restituire alle persone coinvolte un orizzonte di dignità e di migliore qualità della vita, attivando al contempo tutte le risorse personali (ivi incluse le risorse economiche) e della rete naturale»⁵⁶. In tale quadro, le linee programmatiche ministeriali sottolineano «la necessità di coordinare ed integrare le norme contenute nel codice degli appalti e nel codice del terzo settore con prassi amministrative che siano in grado di realizzare gli obiettivi del Budget di salute».

Se i progetti personalizzati, sia pure con qualche adattamento⁵⁷, sembrano terreno adatto all'attuazione del “modello Cendon”, non sono pochi tuttavia i nodi che restano da risolvere: non è solo l'eccessivo aggravio che dai meccanismi della rifioritura certo deriverebbe ai già onerosi compiti del giudice tutelare, ma è soprattutto quell'intricato nesso tra vita, salute, dignità e autodeterminazione sul quale il patto del fragile nuovamente chiama il giurista a riflettere.

Qualche passo ancora è da compiersi verso la rifioritura.

⁵¹ Così si legge nel “modello di presa in cura” pubblicato dalla Onlus “CAD”, associazione di psichiatri, psicologi, farmacologi, giuristi e operatori sociali: il documento è reperibile per intero su <https://www.cadmilano.org/index.php/i-nostri-servizi/s-m-i/modello-di-presa-in-cura>.

⁵² Tale è l'obiettivo delle linee programmatiche ministeriali (cfr. 3).

⁵³ CENDON, *Persone fragili, diritti civili*, cit., 175.

⁵⁴ Così prevede, ad esempio, ad esempio, il § 6 delle linee guida elaborate dalla Regione siciliana.

⁵⁵ Cfr., le linee programmatiche ministeriali, 6.

⁵⁶ In proposito, cfr., le linee programmatiche ministeriali, 2 e 6.

⁵⁷ Un adattamento, ad esempio, è certo necessario quanto ai requisiti di accesso. In linea con le origini del *budget* di salute nel quadro degli interventi di sostegno per soggetti affetti da patologie mentali, il fragile abilitato ad accedere ai progetti personalizzati è un soggetto con diagnosi di schizofrenia, disturbi bipolari o disturbi gravi della personalità, frequenza di ricoveri o di ricadute ovvero non collaborante o con problematiche giudiziarie (in tal senso, a titolo esemplificativo, cfr. § 3 delle richiamate linee guida della Regione siciliana): requisiti stringenti, dunque, che non sempre è dato riscontrare nel fragile destinatario del patto di rifioritura.